

Présentation. Le recadrage culturel des problèmes cliniques

Francine Saillant et Serge Genest

Volume 14, numéro 1, 1990

Culture et clinique

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/015108ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/015108ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département d'anthropologie de l'Université Laval

ISSN

0702-8997 (imprimé)

1703-7921 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Saillant, F. & Genest, S. (1990). Présentation. Le recadrage culturel des problèmes cliniques. *Anthropologie et Sociétés*, 14(1), 5–8.
<https://doi.org/10.7202/015108ar>

PRÉSENTATION

Le recadrage culturel des problèmes cliniques

Francine Saillant et Serge Genest



Il existe une différence fondamentale entre le travail de l'anthropologue qui se fait clinicien, au même titre qu'un professionnel de la santé, c'est-à-dire intervenant, et le travail de celui qui se fait témoin, observateur, ethnographe, dont l'activité a d'abord et avant tout pour finalité la production scientifique. Comme le fait remarquer Tremblay (voir l'introduction de son article dans ce numéro), les anthropologues du premier type sont à peu près inexistantes au Québec, contrairement à ceux (du deuxième type) qui se sont engagés dans le champ de l'anthropologie de la clinique. La différence fondamentale entre ces deux catégories d'anthropologues réside, à première vue, dans la relation plus ou moins directe qu'ils entretiendront par rapport à une action sur des problèmes cliniques. Toutefois, dans un cas comme dans l'autre, l'intervention clinique sera jugée pertinente pour le regard anthropologique, tout comme les configurations culturelles de situations et interventions cliniques seront l'objet de l'action, immédiate ou distancée dans le temps, effectuée par l'anthropologue ou par le clinicien. Les textes que nous avons rassemblés dans ce numéro doivent être situés dans le courant de l'anthropologie de la clinique.

L'intervention clinique devrait d'abord être définie comme une action posée sur un être souffrant. Cependant la notion de « clinique », dans les sociétés occidentales, est souvent assimilée aux représentations courantes de l'activité médicale et de l'institution qui la caractérise : l'hôpital. Certes il s'agit là d'un construit historique et culturel. Foucault a bien montré que l'activité clinique médicale est le fruit d'un procès historique de distanciation et d'objectivation du corps souffrant, dont l'hôpital est devenu, entre le XVII^e et le XX^e siècle, le théâtre. De même, les innombrables travaux en anthropologie de la santé illustrent, de multiples façons, la proposition selon laquelle les lieux, les moyens, les acteurs, les problèmes qui définissent les situations et interventions cliniques, varient selon les contextes culturels. Il faut donc retenir que nous avons postulé, dans ce numéro, une définition anthropologique du concept de clinique. Par ailleurs, les recherches présentées consistent principalement en différentes approches et méthodes de recadrage et/ou d'interprétation de l'activité clinique. Dans chacun des thèmes abordés, le problème clinique est redéfini en fonction de nouveaux paramètres, impliquant le plus souvent un rapport modifié à l'intervention. La pertinence de l'approche anthropologique (qu'elle soit ici considérée à titre de théorie ou de méthode) est justement mise en valeur dans ce que nous conviendrons d'appeler le recadrage culturel des problèmes cliniques.

Les textes de ce numéro peuvent être regroupés autour de quatre thèmes : technologie, communication interculturelle, pratiques thérapeutiques et santé mentale. Les deux premiers textes nous rappellent, à l'instar de Lock et Gordon (1988), que la biomédecine en tant qu'ethnomédecine peut être saisie selon une approche anthropologique. La technologie, en tant que révélateur et symbole de « l'efficacité » de l'intervention biomédicale et des sciences qui la fondent, n'est pas que la version instrumentale de « l'objectivité », elle est au cœur du processus d'objectivation des corps souffrants dans les rituels où elle est mise en scène. Dans le lieu même où l'efficacité technologique atteint des niveaux spectaculaires de réussite, c'est-à-dire la salle d'opération de l'hôpital moderne, se dessine, là comme ailleurs dans les autres médecines du monde, le théâtre d'une action où jeux de rôle, signes, interactions reproduisent un ordre social que définit non pas « l'objectivité » médicale, mais la société tout entière. L'ethnographie des rituels de salles d'opération québécoises présentée par Serge Genest documente cette hypothèse, que des comparaisons futures avec des situations observées dans d'autres contextes occidentaux permettront d'étayer. Alors que le texte de Genest prend pour point d'ancrage le rituel opératoire lui-même, celui de Maria De Koninck se tourne plutôt vers un processus qui a fait d'un événement normal un événement exceptionnel, le processus de la « chirurgicalisation » de l'accouchement conduisant au rituel opératoire de la césarienne. L'auteure décrit comment femmes et médecins contribuent, chacun à sa façon, à la redéfinition de la normalité et à l'acceptation sociale de la césarienne comme une routine de l'accouchement. Là aussi, comme dans l'article de Genest, on remarque à quel point la définition « clinique » du problème déborde largement son caractère technique et s'inscrit dans l'ordre des représentations en touchant les femmes, l'enfant, la vie et la reproduction dans l'ensemble de la société québécoise, mais aussi de l'Amérique du Nord et même au delà. Ces deux textes indiquent également que la technique ne peut en soi servir de critère distinctif entre les médecines traditionnelles et la biomédecine. Bien sûr, l'ordre symbolique n'y agit pas de la même façon. Il n'y aurait pas, d'un côté, une médecine traditionnelle à « saveur symbolique » et de l'autre une médecine scientifique à « saveur technique ». Malgré le désir de l'institution médicale moderne de souscrire aux valeurs d'objectivité et de neutralité en la prenant pour appui, il semble bien que la technique, instrumentale ou processuelle, soit, dans le contexte biomédical comme dans le contexte des médecines traditionnelles, à la fois lieu et véhicule d'un ordre symbolique et socio-culturel.

Les textes de Rose Dufour et de Jacques Grondin nous permettent d'effectuer le passage de l'hôpital comme centre exclusif de l'intervention clinique, à l'hôpital comme lieu de communication et d'interactions culturelles. Deux regards sont portés sur un même problème et une même population : la question de la communication interculturelle entre les Inuit du Nouveau-Québec et les Québécois. Le texte de Rose Dufour montre à quel point le problème de santé dominant des enfants inuit, celui de l'otite, peut être expliqué à la lumière de faits ethnographiques habituellement inaccessibles aux médecins et aux épidémiologues lorsqu'il est réexaminé selon la perspective systémique. Les changements historiques survenus dans le mode de vie de ces populations (notamment quant à l'habitation et au vêtement) ainsi que la valorisation culturelle de la

résistance au froid seraient des facteurs contributifs à la prévalence élevée de l'otite chez ces enfants. Conséquemment, une action qui ne porterait que sur l'oreille et qui négligerait l'apprentissage d'habitudes de vie appropriées serait vouée à l'échec. La deuxième partie du texte de Dufour ouvre sur la signification culturelle du problème de l'otite : on observe alors les interactions entre les Inuit (enfants malades et parents) et le personnel médical de l'hôpital nordique. Les effets et les manifestations des rapports sociaux asymétriques entre les deux groupes sont décrits, notamment les problèmes relatifs à une communication interculturelle la plupart du temps conflictuelle, voire absente. Alors que l'otite est considérée, par les spécialistes de la santé maternelle et infantile, comme un problème majeur, la surdité à l'égard de « l'autre culturel » est évidente entre les deux communautés. Coïncidence ? Le texte de Jacques Grondin apporte un point de vue original et complémentaire à celui de Dufour quant à cette question de la communication interculturelle. Critiquant l'excès de culturalisme dont bien des auteurs en anthropologie médicale sont imprégnés et la tendance à présenter l'autochtone comme un être entièrement dominé par les institutions des Blancs, il montre les multiples stratégies d'adaptation des Inuit hospitalisés au « Sud », qui utilisent ou reproduisent, dans un milieu pourtant étranger, les habitudes de vie du Nord. Plus encore, ces derniers ont créé une véritable sous-culture qui leur permet de continuer à régler leurs affaires familiales, économiques ou politiques. Loin d'être les victimes passives de l'institution blanche, ils sont montrés comme des usagers critiques qui, au besoin, redéfinissent, inventent ou pervertissent les finalités de l'organisme qui les accueille.

Le troisième thème abordé dans ce numéro nous conduit à l'extérieur de l'hôpital et a trait aux pratiques thérapeutiques traditionnelles dans les sociétés occidentales, communément appelées médecines populaires. Longtemps négligées par l'anthropologie, parce que non incluses dans son objet traditionnel (les sociétés exotiques), celles-ci constituent pourtant un volet essentiel de la connaissance de l'histoire et de l'évolution des pratiques de santé, et de l'identification des aspects paradigmatiques d'une culture populaire ayant pour objet la santé et la maladie. Plus encore, dans des sociétés (dans le cas présent, le Québec et la France) où l'on se questionne sur l'autonomie des collectivités face aux institutions médicales, une connaissance approfondie de la médecine populaire permet de concevoir un tout autre rapport aux experts. Dans cet esprit, Françoise Loux présente une analyse des fondements d'une médecine familiale populaire dans la France rurale du début du siècle, laquelle possède sa propre cohérence et dont les femmes sont en grande partie responsables. Son insertion dans le quotidien, son caractère à la fois curatif et préventif et la souplesse des relations qu'elle inscrit entre les registres du concret et du symbolique sont autant de thèmes révélateurs de cette cohérence. Contrairement à la médecine des experts, qui met l'accent sur le traitement de la maladie, cette médecine populaire place l'emphasis sur le soin du malade en tant qu'être global. La contribution de Francine Saillant à cette question est complémentaire de celle de Françoise Loux : elle consiste principalement à présenter l'hypothèse générale de l'existence d'une véritable culture des soins dans les familles québécoises du début du siècle, dont les recettes de médecine populaire seraient une des expressions. Les axes paradigmatiques qui structurent cette culture populaire des soins sont décrits et

accompagnés de moult exemples ethnographiques. Cette démarche est considérée comme fondamentale à la connaissance des dimensions culturelles des pratiques de santé contemporaines, dans la mesure où ces dernières sont aussi tributaires des pratiques thérapeutiques traditionnelles. Ces recherches peuvent avoir une grande importance pour le décodage des discours et des pratiques que doivent effectuer aussi bien le clinicien que l'anthropologue, l'activité clinique étant ici conçue comme une activité interprétative. La démonstration de cette proposition est clairement établie par la contribution de Marie-Françoise Collière, qui montre l'intérêt de la démarche anthropologique pour les soins infirmiers, comme moyen de mise en contexte et d'intervention. Contrairement aux auteurs qui la précèdent, dont les textes se limitent à ce travail de recadrage culturel, Collière se définit en tant que soignante et fait usage de l'anthropologie comme instrument de lecture et d'action clinique. Les connaissances de la médecine populaire sont entre autre utilisées comme outils de réappropriation des moyens de soigner et d'entretenir la vie pour les femmes qui forment traditionnellement la clientèle des experts.

Enfin, le texte de Marc-Adélar Tremblay clôture ce numéro en abordant le quatrième thème, crucial pour le développement de l'anthropologie de la clinique au Québec : celui de la santé mentale. En effet, s'il est un domaine où les travaux et les perspectives reflètent l'enracinement, le dynamisme et l'originalité de l'anthropologie de la santé au Québec, c'est bien celui de la santé mentale. Dans ce domaine, les anthropologues ont su déborder les barrières académiques, disciplinaires et institutionnelles, un fait à vrai dire exceptionnel. L'analyse historique fouillée que nous apporte Marc-Adélar Tremblay fournit les repères essentiels du développement de l'anthropologie de la clinique en santé mentale, en une synthèse qui n'a nulle part ailleurs son équivalent. Au Québec, l'anthropologie de la clinique origine, il faut le dire, de ce domaine précis de la santé mentale. Pour cette raison, le texte de Tremblay représente un double apport.

En conclusion, nous souhaitons que les diverses contributions de ce numéro puissent, en raison de leur valeur scientifique et pédagogique, favoriser la poursuite du dialogue entre anthropologues et cliniciens.

Référence

Lock M. et D. Gordon (éd.)

1988 *Biomedicine Examined*. Dordrecht : Kluwer Academic Publishers.